



CARTA AL DIRECTOR

Investigación clínica independiente: afición o profesión**Independent clinical research: hobby or profession**

Sr. Director:

A raíz del artículo recientemente publicado por los doctores Gisbert y Chaparro en el cual recogen magníficamente los retos y desafíos de la investigación clínica independiente¹, me gustaría realizar algunas reflexiones. Como sabemos, la investigación médica es una actividad importante para mejorar la expectativa de vida y la calidad de vida de las personas. Además de mejorar la atención médica de los pacientes donde se realiza la investigación tiene otros beneficios como la generación de empleo y la contribución al desarrollo y crecimiento económico de la región. La investigación puede promoverse a través de la industria farmacéutica o a través de organizaciones e investigadores independientes que no tienen ánimo de lucro. El «no ánimo de lucro» no tiene que confundirse con no recibir compensación económica por el trabajo realizado. Tampoco hay que perder de vista que España es uno de los países de Europa donde menos se invierte en I+D^{2,3}. Nadie duda de que los médicos son profesionales que conocen las áreas de mejora en cada uno de sus ámbitos, y que, por lo tanto, son las personas idóneas para desarrollar la investigación médica, y que muchos de ellos desarrollan su actividad en hospitales universitarios donde la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación deben ir de la mano. No solo eso, a los profesores se les exige la investigación como una parte de su trabajo. Así en el propio Real Decreto 898/1985, de 30 de abril⁴, sobre régimen del profesorado universitario, se establece en el punto 9.9 como «sin perjuicio del necesario cumplimiento de las obligaciones mínimas de docencia y tutoría o asistencia al alumnado, las Universidades podrán señalar en sus Estatutos otras actividades a desarrollar por el profesorado durante su jornada, con el límite de que al menos un tercio de la misma quedará reservada a tareas de investigación».

La mayoría de los médicos coinciden en que no se dispone de tiempo ni de estímulo para adentrarse en la carrera docente e investigadora, lo cual conlleva la falta de profesores titulares y catedráticos, de tutores, de investigadores

clínicos, y en definitiva, la mediocridad en nuestra profesión y la pérdida de todos valores que antes he mencionado. Las jornadas laborales han pasado a ser meramente asistenciales, donde lo único importante para la mayoría de nuestros gestores son el número de pacientes que atiendes y las listas de espera. No hay margen para la autoformación, ni para impartir formación, menos aún, para investigar. En vez de promover, estimular e incentivar a los profesionales para alcanzar la excelencia, lo que se está haciendo es bajar la exigencia y el nivel de calidad para no quedarnos sin docentes ni tutores. Para ser profesor asociado no se exige ser doctor, así en muchas de nuestras facultades de medicina más del 40% no son doctores. Lo más rocambolesco de los investigadores es que además de donar su tiempo personal a la investigación, también tienen que pagar por publicar sus investigaciones en las revistas. Curiosamente, esas propias revistas que nos cobran por publicar nos piden nuestro tiempo para revisar sus manuscritos de forma gratuita. Hemos pasado de publicar gratis a pagar por publicar en revistas, de tiempo para investigar a pedir becas para investigar o a comprarse uno mismo el tiempo para investigar.

La investigación como afición ya no funciona, los médicos están cansados de jornadas laborales intensas con agendas sobrecargadas en las que los tiempos son lo único importante, con tiempos ajustados para atender a los pacientes (5, 10, 15, 20 minutos para atender un paciente). Hacer investigación, realizar la tesis doctoral, no sirve para progresar en tu carrera profesional (jefaturas); entras como médico adjunto y te jubilas con la misma categoría. Los puestos de mando han pasado a ser puestos de sumisión y confianza nombrados por las gerencias y/o consejerías de forma unilateral. En los concursos-oposición para obtener una plaza en un sistema público de salud no se valora la investigación ni la tesis doctoral de forma adecuada, y, además, la puntuación máxima la puedes obtener asistiendo online a un curso de formación o presentando varias comunicaciones de tipo póster a un congreso regional (con todos mis respetos). Si te interesa y consigues una beca de investigador al final de tu periodo de residente (por ejemplo, Río Hortega o Juan Rodés), además de cobrar menos que otro compañero de residencia, no te cuenta como tiempo trabajado en los concursos-oposición para conseguir una plaza en el sistema público sanitario. Las escalas de carrera profesional que intentan compensar los sueldos de los médicos (uno de los más bajos de Europa) se han convertido en «café para todos», en donde lo que prima es la antigüedad y la buena relación con tus superiores. ¿Realmente queremos revertir la situación y tener como objetivo la excelencia? Para que la investigación y la docencia no sean una afición

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.09.005>

sino una profesión, hay dos principios básicos; remuneración adecuada y/o tiempo para dicha actividad. Unas sugerencias concretas que ayudarían podrían ser las siguientes:

1. Las becas tipo Juan Rodés, Río Hortega u otras deberían pagarse con un sueldo similar al de un compañero médico en su misma situación, con la posibilidad de hacer guardias y contar el tiempo de permanencia en los concursos y oposiciones igual que si estuviera como médico en un trabajo del sistema público.
2. En los concursos-oposición para consolidar plazas de médico la tesis doctoral debería contar al menos un 20% de la puntuación.
3. Para las plazas de profesores asociados en las universidades públicas o privadas, y para jefaturas de departamento, servicio y sección debería ser requisito tener el título de doctor, y sobre todo, en los hospitales universitarios. En las plazas se valorará la investigación como mínimo con un 50% de la puntuación total. En ese último punto se contabilizarán únicamente publicaciones y becas de investigación competitivas por órganos públicos (europeas, nacionales o autonómicas). Las publicaciones a considerar serán aquellas en que figure como autor en la cabecera de las mismas en los últimos 10 años y que al menos dispongan de un factor de impacto de 1,5 en el año de su publicación según la Web of Science⁴.
4. Los profesores asociados, los profesores titulares y los catedráticos vinculados, o sus equivalentes, deberían disponer de un máximo de 3, 6 y 9 horas semanales para realizar investigación, respectivamente.
5. En los diferentes tramos de la carrera profesional al menos un 20% valdrá disponer de la tesis doctoral y un 30% su carrera investigadora valorada como en el punto 3.
6. Todos los médicos que sean tutores de residentes dispondrán de 7 horas a la semana para dichas labores.
7. Los investigadores que acrediten excelencia en los últimos 5 años, independientemente de sus labores docentes, tendrían que disponer de 7 horas semanales para continuar con su actividad investigadora, que será evaluada cada año para su renovación por una comisión independiente que no sea de su propia comunidad autónoma. Para alcanzar la excelencia será necesario ser autor de al menos 15 publicaciones (cabecera de las publicaciones), 6 de ellas dentro del primer cuartil según la Web of Science.
8. Se adjudicará un plus económico anual a todas aquellas personas con actividad investigadora en el sistema público de salud que hayan publicado al menos 5 trabajos en revistas como autor en la cabecera de las mismas. El baremo a utilizar sería de 2.000, 2.500, 3.000 y 3.500 euros al año para aquellos que publiquen respectivamente entre 5 y 10, 11 y 15, 16 y 20, y más de 20 publicaciones, en el año anterior a la valoración. Deben estar referenciadas en Medline Pubmed y el investigador figurar dentro de la cabecera de la publicación.
9. Un 25% de los overhead que obtienen los hospitales, institutos o fundaciones debería ir directamente al sueldo del investigador principal del proyecto en su nómina. Otro 25% del dinero obtenido por el overhead de estos mismos organismos se destinará a fondos del propio investigador en la propia institución con disposición libre para financiar sus líneas de investigación, que deberá ser gastado el año siguiente.
10. Es necesario simplificar y agilizar los trámites burocráticos, sobre todo en estudios clínicos independientes que ya han pasado por otros comités de evaluación.

Si realmente apostamos por la investigación clínica de los médicos se debe realizar un profundo cambio en nuestro sistema, de lo contrario, solo serán buenas palabras vacías de contenido.

Véase contenido relacionado en <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.09.005>.

Bibliografía

1. Gisbert JP, Chaparro M. Retos y desafíos de la investigación clínica independiente. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44:599–610.
2. Gisbert JP, Chaparro M. Reglas y consejos para ser un investigador de éxito. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43:540–50.
3. Rodríguez-Rata A. Grecia, Portugal y Polonia superan a España en I+D y la hunden en la cola europea. *La Vanguardia*; 3 de enero de 2021 <https://www.lavanguardia.com/economia/20210103/6131625/grecia-portugal-polonia-superan-espana-inversion-i-d-hunden-cola-europea.html>
4. Real Decreto 898/1985. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1985-11578

Luis Bujanda*

Servicio de Digestivo. Instituto Biodonostia. Hospital Universitario Donostia. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: medik@telefonica.net

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.12.001>

0210-5705/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.